



平成23年度  
院内助産システム推進ワークショップ  
「混合病棟で院内助産システムを  
推進する」



公益社団法人日本看護協会





講演  
「平成23年度重点事業と  
今後の取り組み」

日本看護協会 常任理事  
福井 トシ子



# 平成23年度 重点政策・重点事業と 今後の取り組み

公益社団法人日本看護協会  
常任理事 福井 トシ子

平成23年度日本看護協会 重点事業  
『助産師の積極的な活用による  
安全・安心な妊娠・出産・育児環境の整備』

実施内容

出産の場や助産師の教育実習の場に関する実態把握

- ・安全・安心な出産環境に向けた病棟の実態把握
- ・助産師養成の教育実習の場の実態把握

病院・診療所における院内助産システムの推進

- ・さらなる院内助産システムの推進
- ・関係職種との連携による育児を行う母親に対する支援

助産師のキャリアパス／ラダーに基づく教育・研修体制の整備

- ・助産師のキャリアパス／ラダーに基づく現任教育の整備
- ・新人助産師研修体制の整備
- ・助産師の役割拡大への対応

女性及び母子の健康課題を踏まえた、被災地の女性や妊産婦及びその家族へのケアに関する情報収集及び情報提供

# 院内助産システムとは

## ①院内助産システム

病院や診療所において、保健師助産師看護師法で定められている業務範囲に則って、妊婦健康診査、分娩介助並びに保健指導（健康相談・教育）を助産師が主体的に行う看護・助産提供体制としての「助産外来」や「院内助産」を持ち、助産師を活用する仕組みをいう。

助産師は、医師との役割分担・連携のもと、全ての妊産褥婦やその家族の意向を尊重し、またガイドラインに基づいたチーム医療を行うことで、個々のニーズに応じた助産ケアを提供する。特に、ローリスク妊産褥婦に対しては、妊婦健康診査、分娩介助並びに保健指導（健康相談・教育）を助産師が行う

## ②助産外来

妊婦・褥婦の健康診査並びに保健指導が助産師により行われる外来をいう。

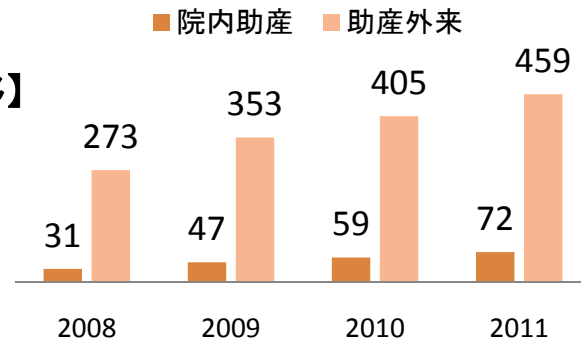
## ③院内助産

分娩を目的に入院する産婦及び産後の母子に対して、助産師が主体的なケア提供を行う方法・体制をいう。殊に、ローリスクの分娩は助産師により行われる。

# 院内助産システム推進状況

- 2008年度からの厚生労働省の補助金事業等により、院内助産・助産外来の実施施設は着実に増加傾向にあるが、都道府県でのバラつきがあり、さらなる推進が求められる。
- 厚生労働省調査は補助金事業の受託施設のみが対象のため、実態とは異なる。

【院内助産・助産師外来の実施施設数の推移】

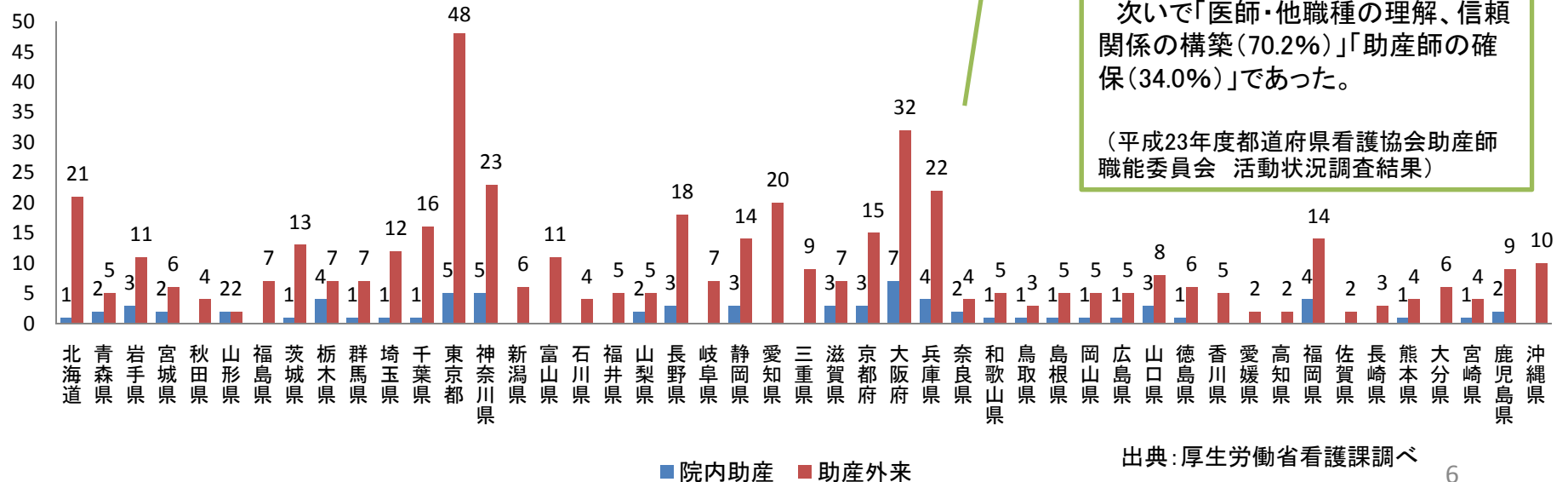


産(婦人)科を標榜する施設延べ数(2009年)  
病院:1,474 診療所:3,955 計:5,429

分娩取り扱い施設数(2008年)  
病院:1,126 診療所:1,441 計:2,567

\*厚生労働省平成21年度地域保健医療基礎統計

【2011年:都道府県別 院内助産・助産師外来の実施施設数】



## 院内助産システムを推進するにあたっての課題

「助産師のやる気、自信、実践能力不足」を挙げる都道府県が76.5%に及んだ。

次いで「医師・他職種との理解、信頼関係の構築(70.2%)」「助産師の確保(34.0%)」であった。

(平成23年度都道府県看護協会助産師職能委員会 活動状況調査結果)

# 院内助産システムの利点

- チーム医療の推進、医師の勤務負担軽減

## 【産科医の負担軽減のための業務分担】

2008年の「ハイリスク分娩管理加算」改定を受けて、平成20年度診療報酬改定結果検証部会「病院勤務医の負担軽減の実態調査」保険局医療課調べ

□「助産師数が増加した病院の産科・産婦人科医師は、助産師数が減少した病院の医師よりも、入院診療に係る業務負担が軽減したと認識している割合が3.5ポイント大きい。」

□「助産師数が増加した病院の産科・産婦人科医師は、助産師数が減少した病院の医師よりも、勤務状況が‘良くなっている’‘どちらかというと良くなっている’と認識している割合が5.4ポイント大きい。」

- 妊産婦の満足度向上

【院内助産に対する妊産婦の声】 出典：2009年院内助産システム推進フォーラム（出産ジャーナリスト/REBORN代表河合蘭）

□「いざという時、必要な医療が受けられる」「生活のこまごまとした事を相談できる経験豊かな女性がいる」「やさしい言葉やスキンシップ」

□助産師の関わるケアは「時間的ゆとりがあって、安心できた」「医者不足で待ち時間が長くなるのは辛い」。

# 周産期医療体制の整備（→助産師の人員配置基準が不十分）

- 周産期医療対策整備事業(厚生省児童家庭局長通知:平成8年5月10日)に基づき、各都道府県では、「周産期医療再整備計画」を策定し、都道府県下の施設を指定・認定し、体制の整備を図っている。
- 全ての妊産褥婦は、リスクに関係なく、助産師のケアを必要としているが、助産師の配置数について示されているのは、総合周産期母子医療センターの母体胎児集中治療室(MFICU)に関するもののみであり、それ以外の施設に関しては明示されていない。特に診療所は、医師以外の職種は何も規定がない。

	役割	基準
<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; border: 1px solid black; padding: 5px;">高度医療</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; border: 1px solid black; padding: 5px;">正常分娩</div> </div>	<p><b>総合周産期母子医療センター (89施設)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・常時、母体・新生児搬送を受入れる。</li> <li>・リスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行う。</li> <li>・必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応できる。</li> <li>・都道府県が指定する</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>母体胎児集中治療管理室(MFICU) (6床以上)                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・複数名の産科担当医師(24時間体制)</li> <li>・<b>常時3床に1名の助産師又は看護師</b></li> </ul> </li> <li>新生児集中治療管理室NICU(12床以上)                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・新生児医療担当医師1名(24時間体制)</li> <li>・常時3床に1名の看護師</li> </ul> </li> <li>GCU(NICUの2倍以上の病床数)                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・常時6床に1名の看護師</li> </ul> </li> <li>分娩室                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則、助産師及び看護師が病棟とは独立して勤務している。ただし、MFICUとの兼務は差し支えない。</li> </ul> </li> <li>その他                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・麻酔科医の配置</li> <li>・NICU入院児支援コーディネーターの配置が望ましい</li> </ul> </li> </ol>
	<p><b>地域周産期母子医療センター (279施設)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・比較的高度な医療行為を行える。</li> <li>・都道府県が認定する。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>※NICUを備える小児専門病院等の場合、産科を備えていなくても、認定は可能。</li> </ul> </li> <li>・地域周産期医療関連施設等からの救急搬送や総合周産期母子医療センターからの戻り搬送を受け入れるなど、総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図る。</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>産科(ある場合)                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・帝王切開術が必要な場合に迅速(おおむね30分以内)に手術ができる医師(麻酔科医を含む)及びその他の各種職員</li> </ul> </li> <li>小児科(新生児医療を担当する)                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間体制を確保するために必要な職員</li> </ul> </li> <li>新生児病室                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院内に小児科担当医師(24時間体制)がいる</li> <li>・設定した水準の新生児医療を提供するために必要な看護師が適当数勤務している</li> <li>・臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること</li> <li>・<b>※特に、助産師の配置数は決められていない。</b></li> </ul> </li> </ol>
	<p><b>病院(一般病床) (758施設)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的な医療行為を行える。</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>病院(20床以上)</li> <li>診療所(20床未満)                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>※特に、助産師の配置数は決められていない。</b></li> </ul> </li> </ol>
	<p><b>有床診療所 (1,441施設)</b> <b>無床診療所 (2,514施設)</b></p>	

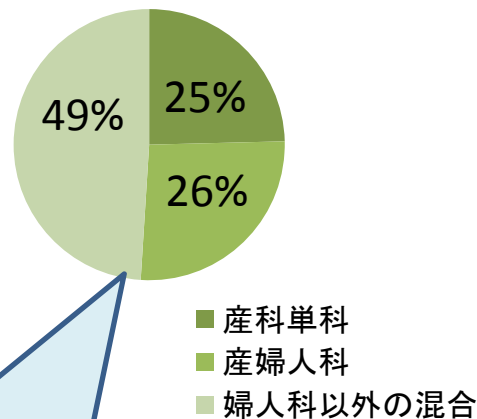


# 院内助産システム推進上の課題：混合病棟の増加

- 2008年北島による調査(578施設)によると、産科単科は25%、産婦人科との混合病棟は26%、婦人科以外の混合病棟が49%と報告され、**産科混合病棟は全体の75%にも及ぶ。**
- 2008年北島によると、産科単科の増加は、分娩施設の集約化が背景にあると推測している。
- 混合病棟の医療提供体制としては、第二次救急および第一次救急が約7割を占める。

## 【混合病棟化率】

2008年 (n=578)



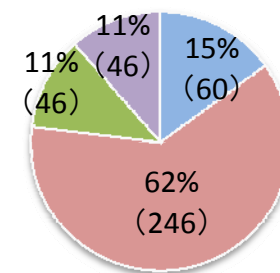
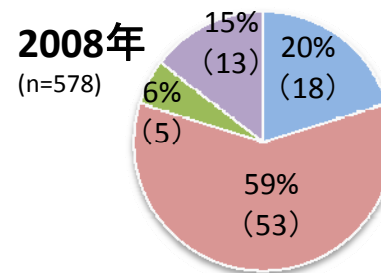
産婦人科を含めた混合病棟は全体の75%にも及ぶ

## 【2004年：各病棟の医療提供体制】

産婦人科病棟(89施設)

他科混合病棟(398施設)

■ 第三次救急 ■ 第二次救急 ■ 第一次救急 ■ 不明



## 【2010年：578施設調査での混合病棟内訳】

婦人科	99.5%
内科	37.2%
小児科	30.5%
外科	22.2%
眼科	6.7%
整形外科	5.2%
耳鼻科	4.3%

泌尿器科	1.2%
脳外科	1.0%
形成外科	0.6%
乳腺外科	0.6%
口腔外科	0.6%

出典：2004年日本助産師会「産科病棟における混合化の実態調査に関する報告書」  
北島博之.産科混合病棟に関わる問題点について,日本看護管理学会,2011.

## 院内助産システム推進上の課題：混合病棟の増加

- 産科以外の診療科については婦人科が最も多いが、それ以外は多岐にわたる。  
産科以外の診療科で最多数は9診療科にもおよぶ。

【2008年：産科混合病棟の混合科数と平均産科病床数、平均年間分娩数、分娩数割合】

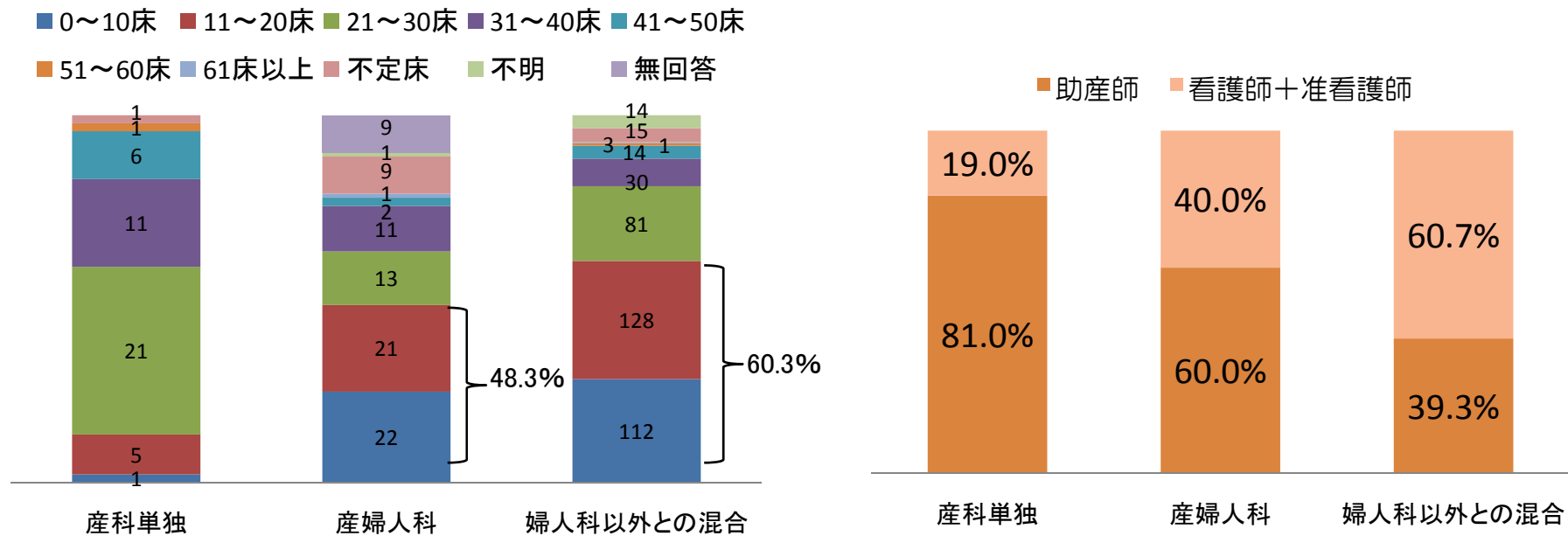
産科以外の診療科数	該当施設数	産科病床数 (平均)	分娩数 (平均)	分娩数割合
産科単独	142	29.8	704	33.2%
産婦人科	153	29.6	626	31.8%
2診療科	104	25.4	449	15.5%
3診療科	61	24.4	340	6.9%
4診療科	50	19.4	283	4.7%
5診療科	29	18.9	275	2.7%
6診療科	13	17.7	296	1.3%
7診療科	6	17.7	622	1.2%
8診療科	1	16	120	0
9診療科	19	25.9	426	2.7%
合計	578	26.4	521	100%

北島博之.産科混合病棟に関わる問題点について,日本看護管理学会, シンポジウム 2011.

# 混合病棟における産科病床数と助産師数

●産科の病床数としては、産科単独では21～30床が45.7% (21施設) を占めるが、産婦人科病棟では10床以下が24.7% (22施設) と最も多く、婦人科以外との混合病棟でも、10床以下が28.1% (112施設)、11～20床が32.2% (128施設) を占めている。混合病棟の半数以上が、産科病床数20床以下である。

●病棟に所属する看護職員に占める助産師の割合は、産科単独では81%であるが、産婦人科病棟では60%、婦人科以外の混合病棟では39.3%と少なくなる。他科との混合病棟は産科の病床数が多く、助産師の割合も少ない。



# 産科混合病棟における課題：新生児の感染

●2004年の日本助産師会調査では、婦人科以外との混合病棟のうち41%の看護管理者が新生児への院内感染を危惧していた。産婦人科混合病棟でも32%の看護管理者が危惧しており、混合病棟における課題としては感染が最も課題として認識されていた。

●2008年の27総合病院における感染症データ分析において、新生児MRSA感染発症はすべて混合病棟において観察され、産科単独病棟では発症がみられなかった。特に2例以上発症した混合病棟では、年間分娩件数も500件以上と多く、分娩数に比して看護職員数が少ない特徴がみられた。

## 【混合病棟における新生児MRSA感染発症の状況】

2008年 27総合病院(産科単独病棟3施設。混合病棟24施設)の感染症データより

(1)2004-05年で37例(菌血症4例、肺炎1例)の新生児MRSA感染発症は全て混合病棟の8施設に観察された。

産科単独病棟3施設では発症がなかった。

(2)2例以上発症した5施設は、年間分娩数が多く(年間500件以上)、分娩数/看護職員数比が20以上と分娩数が当該職員数に比べて多い施設であった。さらに分娩後母子異室の時期がある施設では発症が短期に集中することがあり、院内感染を疑わせた。

(3)発症最多の病院は、分娩数が多いのに看護職員が少なく、悪性腫瘍婦人科患者の手術数が多かったことも判明した。

# 産科混合病棟における産科管理者が抱く不安

●混合病棟であるために看護管理者が感じる、「母子のケアに関する不安」「業務上生じる問題」については、産婦人科の混合病棟よりも、婦人科以外との混合病棟の方が問題意識が強い。

	混合病棟であるために、母子のケアに心配や不安になることがありますか？	
	産婦人科	婦人科以外との混合
ある	69.7%	76.4%

1位	感染管理
2位	母子へのケア不足
3位	安全管理

	混合病棟であることで生じている業務上の問題がありますか？	
	産婦人科	婦人科以外との混合
ある	62.9%	72.1%

1位	業務管理
2位	人的資源管理
3位	感染管理、安全管理

出典：2004年日本助産師会「産科病棟における混合化の実態調査に関する報告書」

# 周産期医療体制におけるマンパワーの現状整理と対応策

- 産科医が少数で助産師がいない地域・施設 → 助産師の出向
- 産科医がなくて助産師が少数の地域・施設 → 開業助産師とのセミ／オープンシステム
- 産科医が少数で助産師も少数の地域・施設 → 助産師の出向、**混合病棟における院内助産システム**
- 産科医が少数で助産師がいる地域・施設 → 院内助産システム

	産科医がいない(0人)	産科医が少数(不足)	産科医がいる
助産師がいない(0人)	(分娩取り扱い施設なし)	診療所(585施設)・中小病院(56施設) 【助産師の出向】 杏林大学医学部附属病院モデル	
助産師が少数(不足)	【開業助産師とのセミ／オープンシステム】 岩手ITモデル 愛知越境モデル	診療所(856施設)・中小病院 【助産師の出向】 【 <b>混合病棟における院内助産システム</b> 】	
助産師がいる	助産院(788施設)	大規模病院 【 <b>産科単科における院内助産システム</b> 】	総合および地域周産期母子医療センター(計388施設) 【 <b>ハイリスク妊娠・分娩の集約化</b> 】 宮崎モデル



ローリスク

ハイリスク

周産期医療体制上、総合および地域周産期母子医療センター以外の施設は正常分娩を扱う施設としての位置づけ。しかし、実際には「正常分娩」と言われる範疇のリスクレベルは様々である。特に破線部分はハイリスクに近い妊産婦も含まれている現状。

「正常分娩」の対応施設とされている群の中で、分娩リスクを整理する必要があるのではないか。同時に、各施設の機能やリスクに応じた助産師と産科医の役割分担・連携、人員配置を明確にする必要があるのではないか。

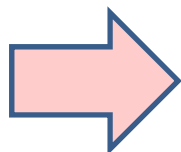
# 混合病棟における院内助産システム

- 院内助産システムのユニット・マネジメント導入による 産科混合病棟の安全・安心に関わる問題解決
- 妊産婦への助産ケアの質をあげる

平成24年度日本看護協会 重点政策・重点事業  
『助産師の積極的な活用による  
安全・安心な妊娠・出産・育児環境の整備』

○出産の場や助産師の養成及び育成に関する実態把握

- ・混合病棟、助産実践能力、新卒・現任教育、出向制度に関する調査の実施
- ・産科混合病棟におけるユニットマネジメントの提案
- ・助産師の適正配置の検討



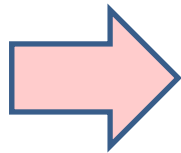
平成23年度に行われた出産環境の場や助産師の養成及び育成に関する課題の整理、実態把握のための調査枠組みの検討をもとに、平成24年度は調査を実施する。



平成24年度日本看護協会 重点政策・重点事業  
『助産師の積極的な活用による  
安全・安心な妊娠・出産・育児環境の整備』

○助産師のキャリアパス／助産実践能力習熟段階の  
検討と評価

- ・新卒助産師研修ガイドの普及
- ・キャリアパス／助産実践能力習熟段階(クリニカルラダー)の提示
- ・助産実践能力の評価に関する検討
- ・院内助産システムの推進
- ・助産師の専門的な能力獲得への支援



助産実践能力習熟段階に応じて、助産師の役割拡大に対応できるよう、助産師のさらなる専門的な能力の獲得に向けて、関係団体や学会と取り組んでいく。



講演

「産科混合病棟における助産外来  
・院内助産システム推進の課題」

安全・安心な出産環境提供体制の推進に関する検討委員会

委員長 井本 寛子



# 「産科混合病棟における院内 助産システム推進の課題」

---

安全・安心な出産環境提供体制の  
推進に関する検討委員会  
井本寛子

# 安全・安心な出産環境提供体制の推進に関する検討委員会

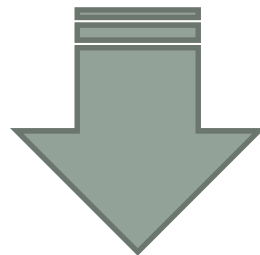
## 活動内容

- ◆ 出産環境の場や助産師の養成及び育成に関する課題の整理について
- ◆ 出産環境の場や助産師の養成及び育成に関する実態把握のための調査枠組みの検討について
- ◆ 助産師のキャリアパス／クリニカルラダーに基づく新人助産師臨床研修の運用方法の検討について

# 混合病棟に関する課題整理

## ◆方法

先行研究や報告書等から、混合病棟に関連した課題整理を行った。



産科医療施設、特に混合病棟における“助産ケア”の実態が不明瞭

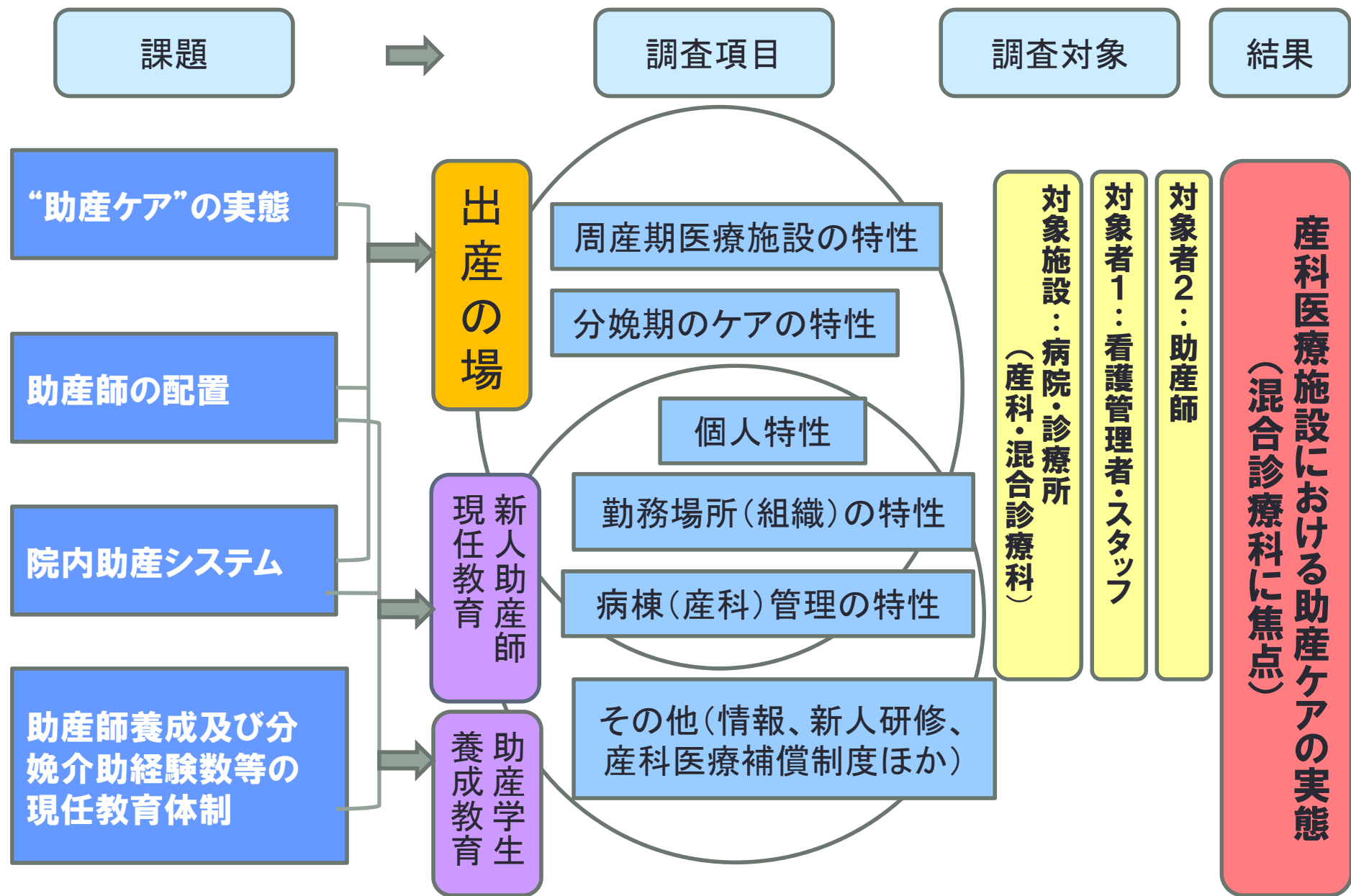
# 混合病棟における課題整理

- ◆近年、9割を超えて混合病棟で助産ケアが提供されているが、看護業務と助産業務の役割分担や勤務調整、新生児の院内感染リスクへの対策など、その実態は明らかではない。
- ◆混合病棟で助産ケアを提供することに対し、母子のケア不足や安全管理、感染管理などの不安を抱えている管理者が多いと指摘されているが、その実態は明らかではない。
- ◆混合病棟で働く助産師のモチベーション低下や新卒及び卒後教育の難しさも指摘されているが、その実態は明らかではない。

# 混合病棟における課題整理

- ◆産科病棟の閉鎖に伴い、他の診療科へ助産師が配属され、助産師が院内で潜在化していると指摘されているが、その実態は明らかではない。
- ◆新生児の人数に該当する看護職員配置が、他科病棟に傾斜配分されている施設も存在している。
- ◆院内助産システムに取り組む施設の多くが混合病棟であり、混合病棟での院内助産システムの推進が次なる課題である。

# 出産環境の場・助産師育成に関する実態把握の調査枠組み





# 調査のアウトカム

- ◆混合病棟における、妊産婦・新生児に関する安全・感染対策の標準化
- ◆混合病棟における、適切な人員配置と業務分掌
- ◆混合病棟における、妊産婦・新生児のQOL
- ◆混合病棟における助産師と看護師の業務分担の実態
- ◆混合病棟における、助産師の単独・占有実施可能な業務の実態
- ◆混合病棟勤務助産師が希望する働き方
- ◆新卒助産師の研修受講状況
- ◆新卒助産師に対するOJT実施状況

# 次年度調査実施

ご協力をお願いします

## 調査目的

産科医療提供体制の実態を把握し、医師と助産師の協働による安心で安全な出産環境の整備を行う。

## 調査対象

調査対象施設は、分娩取り扱い施設

約2,700施設(2008年調査 病院:1,126 診療所:1,441)。

労務管理・人事管理などの調査内容について、各施設の看護管理者に回答を依頼する。

助産業務の実態把握については、勤務助産師個人を対象とし、日本看護協会助産師会員約2万人に対する調査を検討する。